

NEWSLETTER



L'ACTUALITE

PATCH



Allons nous arrêter de faire de l'Acide Tranexamique (TXA) aux traumatés ? Probablement pas.

C'est pourtant ce que suggère l'étude PATCH, un véritable coup de tonnerre s'intéressant **au TXA en préhospitalier** (Australie/NZ, posologies idem FRA) **VS placebo** et évaluant le pronostic fonctionnel à 6 mois, ainsi que la mortalité.

Le design est bon, les groupes comparables. La gravité des patients est évaluée par le score COAST.

L'étude conclut à une absence de différence TXA vs Placebo pour le pronostic fonctionnel.

On pourrait s'arrêter là, mais ce serait passer à côté du fait que dans cette étude, pourtant conçue comme contrepois à l'étude CRASH-2, **la survie est bien meilleure avec le TXA, à 24h et à 28j (17.3% vs 21.8% = RR: 0.79). Cet écart s'estompe légèrement à 6 mois.**

D'autre part, le score évaluant le pronostic neurologique (score COS-E) ne permet pas de différencier l'invalidité : par exemple, un patient ayant perdu un membre lors du trauma sera coté 4. Un déficit séquentaire lié à une lésion médullaire sera coté 3. Peut-on pour autant considérer que l'état de ces patients est dû à l'administration de TXA ?

Cette étude doit certes faire réfléchir sur le fait de sauver à tout prix des patients qui resteront dans un état végétatif, mais ne suffira pas à nous faire abandonner le TXA dans les camions !

DEVICE



Déjà connu depuis longtemps au bloc, le videolaryngoscope (VL) a connu un élan de popularité lors du COVID. Depuis, les études sur l'efficacité étaient assez contradictoires.

L'étude multicentrique DEVICE (sur 1417 patients), réalisée aux urg/rea, comparait donc VL et laryngo directe (LD) sur la réussite de l'IOT au premier coup. Les critères secondaires étaient les complications sévères. On retient que :

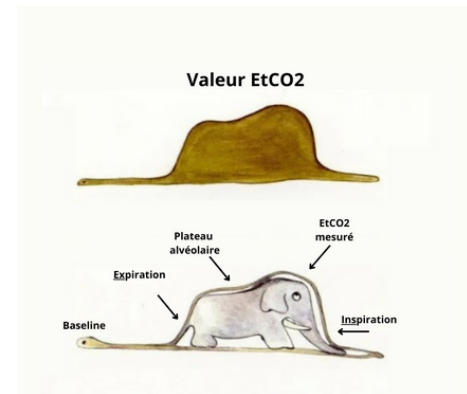
- L'IOT réussissait au **lier coup** dans **85.1% des cas en VL** contre **70.8% en LD**,
- Les **complications sévères** étaient présentes dans **21.4% des cas en VL** contre **20.9% des cas en LD**,
- Les **durées de gestes** étaient légèrement en **favor** du VL (**38sec VS 46sec**).

L'étude a été arrêtée lors de l'analyse intermédiaire en raison de son efficacité, décrite comme fortement en faveur du VL.

Enorme biais de cette étude, la comparabilité des groupes, clairement en faveur du groupe VL. En effet, le groupe comptait **7x moins de Cormack 4**, **5x moins de Cormack 3**, **1.5x moins de Cormack 2** et (**forcément**) près de **2x plus de Cormack 1...**

Rappelons que le VL faisait déjà partie de l'algorithme de l'IOT difficile dans notre protocole. L'avenir dira s'il supplante définitivement la LD !

TAME



L'étude TAME s'est intéressée aux valeurs de capno sur les ACR récupérés en pré-hospitalier. En screenant 1700 patients, ils ont voulu voir si une cible d'**hypercapnie "H" (50-55mmHg)** changeait le pronostic neurologique et la survie par rapport à la cible de normocapnie "N" habituellement recommandée (35-45mmHg). Cette hypothèse repose sur le fait qu'une hypercapnie modérée augmente le débit cérébral, et pourrait ainsi influencer sur le pronostic neuro.

En résumé :

- **Pas de différence** entre les 2 groupes concernant le pronostic neurologique favorable à 6mois (43.5% pour "H" vs 44.6% pour "N")
- **Pas de différence non plus** sur la survie à 6mois (48.2% pour "H" vs 45.9% pour "N")

Notons que ces chiffres ont tout de même de quoi surprendre, tant ils sont "élevés" par rapport aux données habituelles sur les ACR récupérés en pré-hosp.

Un message à retenir de cette étude, c'est que finalement la valeur de la capnie n'est peut être pas la donnée la plus importante (en restant quand même dans un écart acceptable.)

Comme l'a montrée l'étude CAVIAR (Newsletter Janvier 2023), **la forme de la courbe peut s'avérer au moins aussi informative, sinon plus, que les chiffres**, puisqu'elle permet de voir précocement un RACS, un bronchospasme ou une hyperinflation et d'adapter notre ventilation.

L'AGENDA

EMC2

14-15/09
MONACO

DL articles
fermé

EUSEM 2023

16-20/09
BARCELONE

DL articles
01/09

CNT2U
(URGENCES
TRAUMA)

6-7/10
GRENOBLE

DL articles
08/09

RACS 2023

28/11
EN LIGNE

RESUSCITATION
2023

2-3-4/11
BARCELONE

DL articles
fermé

ARREST TRIAL

Yannopoulos et al. Lancet 2020.

- Single-center, 30 patients
- Initial shockable rhythm: 100%
- Time to ECMO: 59 min

ECPR improved survival to hospital discharge and neurological outcome compared with conventional CPR.

EROCA TRIAL

Hsu et al. Ann Emerg Med 2021.

- Single-center, 15 patients
- Initial shockable rhythm: 53%
- Time to ECMO: 66 min

The EROCA trial did not meet predefined feasibility outcomes for selecting OHCA patients for expedited transport and initiating ECPR in the ED.

PRAGUE OHCA STUDY

Belohlavek et al. JAMA 2022.

- Single-center, 264 patients
- Initial shockable rhythm: 61%
- Time to ECMO: 61 min

ECPR, compared with conventional CPR, improved survival with favourable neurological outcome at 30 days but not at 6 months.

INCEPTION TRIAL

Suverein et al. N Engl J Med 2023.

- Multi-center (10), 134 patients
- Initial shockable rhythm: 99%
- Time to ECMO: 74 min

ECPR and conventional CPR had similar effects on survival with a favorable neurologic outcome.

Ne manquez pas la Newsletter
d'Octobre ! (01/10/23)

Thème : Toxicologie

Testez vos connaissances avec le
quizz ci-dessous !

1) Vrai/faux : Le Flumazénil (Anexate)
est indiqué comme test diagnostic
devant tout coma calme.

2) La consommation de cannabis est
un facteur de risque indépendant de
maladies cardio-vasculaires.

3) Vrai/faux : Les nitazènes sont de
puissants opioïdes de synthèse, de
plus en plus retrouvés dans les
intox/décès.

4) Vrai/faux : L'URSS est un score
permettant d'estimer la gravité d'une
intoxication.

1) FAUX, cf biblio // 2) VRAI, étude ADDICT-USIC //
3) VRAI, sensible à la Naloxone // 4) FAUX, mais le
PSS oui !

MADE IN BMPM

- **Daniel Meyran** signe dans Cureus une méta-analyse ILCOR sur la reconnaissance précoce de l'anaphylaxie par les primo-intervenants. La littérature est extrêmement pauvre à ce sujet, et aucune étude ne s'est spécifiquement penchée dessus. La difficulté du diagnostic, liée à l'absence de spécificité des signes, est un facteur confondant, alors que l'éducation/formation et la mise en place de protocoles sont sans surprise des facteurs améliorants. Rappelons que la précocité du traitement, parfois directement détenu par le patient, et maintenant à dispo du VSAV, conditionne la survie.
- **Julien Galant**, ainsi que **Nicolas Cazes** et **Cédric Boutillier du Retail** ont publié dans Emergency Transfusion un aperçu de la transfusion pré-hospitalière en France : protocoles, produits, ratio, scores prédictifs et suivi sont passés au crible pour donner un aperçu très complet.
- **La même équipe** répond à l'article de Dunton sur l'IOT aux urg/dechoc VS au bloc pour des patients critiques en choc hémorragique, déjà dans un trauma center (système US sans SMUR) : est-ce toujours bénéfique pour le patient de l'intuber (et donc de l'induire) aux urg, ou vaut il mieux différer et aller au plus vite au bloc ? Certaines données (telle la réalisation de la FAST, ou le type de défaillance associée) n'étaient pas précisées, et sont des éléments importants à prendre en compte.

Tout est en format PDF sur la bibliothèque numérique.

OUTILS / INNOVATIONS

Connaissez vous le "Skeptics Guide to Emergency Medicine" ?

Ce site anglophone tenu par un collectif américain multidisciplinaire propose un contenu gratuit axé médecine d'urgence d'excellente qualité. Vous y retrouverez des débats, des revues de littérature, des tutos, des podcasts, des infographies synthétiques (et même des mèmes...)

Chaque année, ils proposent une synthèse de tout leur travail de l'année écoulée, présenté sous une forme un peu ludique. Après un thème "Marvel" il y a 2 ans, c'est un thème "Harry Potter" qui illustre cette année les 374 pages de biblio.

Rassurez vous, il y a des images.

Le dernier tome sera bientôt en version papier dans la salle de staff !